

8. Горшков С.З. *Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства*. М.: Медицина, 2005: С.224.

9. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Соколов В.А. и др. *Структура госпитальной летальности при сочетанной травме и пути ее снижения*. Хирургия 2006; 9: 16-20.

10. Ермолов А.С. *Основные принципы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы*. 50 лекций по хирургии, под ред. В.С. Савельева. М., Медиа-Медика, 2003: 292-5с.

11. Кириенко А.И., Андрияшкин В.В., Кузнецов М.Р. *Острая кишечная непроходимость*. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, под ред. В.С. Савельева, Изд.: «Триада-Х», 2004; eBook. <http://depositfiles.com/ru/files/3022949>.

12. Лебедев Н.В. *Лечебно-диагностическая тактика при повреждениях живота у пострадавших сочетанной травмой*. Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 2003: С. 40.

13. Пасько В.Г. *Лечение полиорганной недостаточности у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой*. Новости анестез. и реаним., 2008; 3:3-30.

14. Соколов В.А. *Профилактика и лечение осложнений политравм в постреанимационном периоде*. Вестник травматологии, 2002; 1:78-84.

Rezumat

Ileus paralytic, ca urmare a hematomului retroperitoneal posttraumatic, reprezintă începutul unui lanț de tulburări profunde, sistemice și patologice ale organismului uman, complicând și agravând rezultatele tratamentului victimelor. Problema de prevenire și tratament a parezei intestinale, pe fundalul de hematoma retroperitoneală, rămâne actuală și dificilă până în prezent. Ca urmare a conduitei a 195 de pacienți cu traumatism, complicat cu hemoragie retroperitoneală, pareză intestinală s-a depistat în 28,84% (30) de cazuri. În acest lot de 30 de pacienți, sau dezvoltat complicațiile: septice - 33,33% (10), MODS - 21,73% (5); în 60,89% (14) pacienți- deces. În articol se propune un complex de tratament a ileusului paralytic la pacienții cu hemoragie retroperitoneală posttraumatică, care previne dezvoltarea complicațiilor septice severe și la creșterea eficacității tratamentului și micșorarea mortalității în acest grup de pacienți.

Summary

Paralytic ileus, as a result of post-traumatic retroperitoneal hematoma, is the beginning of a chain of deep systemic pathological disorders of the body, **complicating** and worsening the results of treatment of victims. The problem of prevention and treatment of intestinal paresis **with underlying** retroperitoneal hematoma remains unresolved and actual. As a result of treatment of 195 patients with trauma **complicated by** retroperitoneal hemorrhage, intestinal paresis was noted in 28,84% (30) of cases. In this group - 30 patients developed complications: infectious- 33,33% (10), MODS-21,73% (5); **in 60,89% (14) of cases** patients died. This article proposes a multi-targeted complex treatment of paralytic ileus in patients with post-

traumatic retroperitoneal hemorrhage, which will stop the development of severe infectious complications as well as it will increase the effectiveness of treatment and reduce mortality in this group of patients.

Резюме

Паралитическая кишечная непроходимость, как результат посттравматической забрюшинной гематомы, является началом цепи глубоких патологических системных расстройств организма, осложняя и ухудшая результаты лечения пострадавших. Проблема профилактики и лечения пареза кишечника, на фоне забрюшинной гематомы, остается не решенной и актуальной. В результате лечения 195 пострадавших с травмой, осложненной забрюшинным кровоизлиянием, парез кишечника констатировали в 28,84% (30) случаев. В этой группе у 30 больных развились осложнения: септические- 33,33% (10), MODS- 21,73% (5); в 60,89% (14) случаев больные умерли. В статье предложен многоплановый комплекс лечения паралитической кишечной непроходимости, у пациентов с посттравматическими забрюшинными кровоизлияниями, который позволит купировать развитие тяжелых септических осложнений, повысить эффективность лечения и снизить летальность в этой группе больных.

ULCERUL PERFORAT ÎN PERIOADA SARCINII

Elina Șor, asis. univ.,

Catedra Chirurgie nr.1 "Nicolae Anestiadi",

Universitatea de Medicină și Farmacie

"Nicolae Testemițanu",

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină

Urgentă, Chișinău, Moldova

Introducere

Ulcerul gastroduodenal perforat (UP) reprezintă o afecțiune extrem de rară în perioada sarcinii și lăuziei [1]. Date referitor la coexistența UP cu graviditatea sunt insuficiente [1,2]. Tactica de tratament adresată acestor categorii de pacienți nu este la moment standardizată [2].

Sarcina creează mai multe dificultăți în diagnosticul și managementul maladiei ulceroase (MU) [2]. În primul rând simptomele ulcerului peptic (greață, vome, durere și disconfort în regiunea epigastrală) sunt destul de comune în timpul sarcinii, în al doilea rând metodele diagnostice pentru confirmarea prezenței ulcerului în populația generală (FEGDS și radioscoopia baritată a tractului digestiv) sunt efectuate limitat la gravide și, în al treilea rând unele medicamente, utilizate pentru tratament a MU sunt contraindicate în timpul sarcinii [2]. Cu toate acestea, diagnosticul

prompt şi gestionarea a MU în timpul sarcinii sunt esenţiale pentru reducerea ratei complicaţiilor posibile şi prevenirea letalităţii materne şi perinatale.

Prima sistematizare a datelor în privinţa coexistenţei ulcerului perforat cu graviditatea a descris Sandweiss et al. [14]. El a raportat despre 13 cazuri letale cu dezvoltarea complicaţiilor ulcerului gastroduodenal în timpul sarcinii: 9 – perforaţii şi 4 hemoragii. Pe urmă James [15] a descris un caz de ulcer duodenal perforat la o pacientă la 36 de săptămâni de sarcină cu MU în anamneză, rezolvat prin suturarea ulcerului cu omentopexie şi peste patru zile prin naştere fiziologică s-a născut copilul sănătos. Sporadic în literatura de specialitate apăreau articole despre cazuri de coexistenţă al ulcerului perforat cu sarcina, însă fără aprecierea rezultatelor de tratament [4,16]. A doua sistematizare a datelor a prezentat Baird [17] care a descris nu doar numărul de cazuri raportate (n=23) dar, de asemenea, a subliniat influenţarea diferitor metode de tratament al UP asupra nivelului mortalităţii materne şi neonatale. Baird a fost primul care a relevat că, în coexistenţa ulcerului perforat cu sarcina, tratamentul conservator este contraindicat, şi doar o intervenţie chirurgicală poate salva viaţa mamei şi a copilului.

Datele din literatura de specialitate sunt reflectate în tabelul 1.

Tabelul 1

Rezumatul de cazuri raportate despre ulcer perforat asociat cu sarcina

Indicii	Numărul cazurilor
Numărul de cazuri raportate:	28
• Ulcer gastric	7
• Ulcer duodenal	21
• Semnele dispeptice înainte de sarcină (informaţia disponibilă în doar 14 cazuri)	8
Rezultatele tratamentului medicamentos:	
• Numărul pacienţilor	16
• Letalitatea maternă	16
• Letalitatea neonatală	11
Tratamentul chirurgical	12
• Sutura ulcerului cu omentopexie	11
• Rezecţia gastrică parţială	1
• Letalitatea maternă	0
• Letalitatea neonatală	3

Epidemiologia MU în sarcină

Multiple studii epidemiologice raportează micşorarea incidenţei a bolii ulceroase în timpul sarcinii şi lăuziei [1,3]. Există mai multe teorii ce explică acest fapt [2]. Horwich a sugerat că raritatea ulcerului peptic în timpul sarcinii este legată cu hormonii de sarcină (în special, progesteron) prin creşterea sintezei

mucusului gastric [4]. Creşterea histaminei în plasmă, cauzată de sinteza histaminazei de către placenta, duce la stimularea metabolismului histaminei materne, astfel reducând secreţia de acid gastric în timpul sarcinii [5]. Recomendaţiile generale pentru gravide în evitarea factorilor ulcerogeni, cum ar fi: fumatul, alcoolul, şi utilizarea preparatelor antiinflamatorii nesteroidene, de asemenea contribuie la reducerea incidenţei MU în timpul sarcinii [2]. În pofida tuturor acestor motive periodic în literatura de specialitate sunt publicate articole despre ulcer peptic complicat în timpul sarcinii şi perioada lăuziei [2].

Aspectele clinice

Este cunoscut faptul, că în perioada sarcinii acutizările MU sunt rare, în legătură cu nivelul crescut de estrogen, care reduce aciditatea gastrică [1,2,6]. Însă în al treilea trimestru şi în perioada lăuziei nivelul seric a gastrinei materne creşte, astfel simptomatica MU şi apariţia ulcerului acut şi, mai ales, dezvoltarea complicaţiilor pot deveni mult mai probabile [2,3,6].

Până la 85% din gravide prezintă simptome de greaţă şi vomă [6-8]. Semnele sus numite apar de obicei între săptămânile a 4-a şi a 10-a de gestaţie, cu rezoluţia după 20 de săptămâni [6,8]. Ulcerul peptic, ca regulă, se manifestă cu aceleaşi simptome [2]. Însă în sarcină, clasic, este caracteristică apariţia greţii şi vomii dimineaţa, în timp ce simptomele caracteristice MU se manifestă spre noapte şi postprandial sau în timpul zilei [2]. Ocazional ulcerul se poate prezenta cu hematemă [2]. Însă boala ulceroasă necomplicată produce semne fizice minime [2]. Sindromul algic nespecific difuz în regiunea abdomenului în perioada postnatală se observă la 98% din primipare şi la 92% din femeile multipare [11], mai ales după operaţie cezariană [9]. Palparea abdomenului este adesea puţin informativă, şi durerea poate fi legată cu hipertonusul uterului gravid, sau cu dezvoltarea unui risc de avort spontan [9]. Engemise et al. [9] subliniază că în perioada postnatală şi mai ales după intervenţie chirurgicală (cezariană) organismul femeii nu poate răspunde adecvat cu rigiditate şi simptome peritoneale în caz de ulcer perforat. Majoritatea autorilor descriu că semnele şi simptomele de ulcer gastroduodenal perforat la pacientele după cezariană au tabloul clinic similar cu ileusul paralic şi diferenţierea între cele două este destul de dificilă [9,11], iar ileusul paralic reprezintă o complicaţie relativ de frecventă şi aşteptată după o intervenţie cezariană [9]; acesta este motivul pentru care diagnosticul este deseori tardiv.

Diagnosticul se face în acelaşi fel la femeile gravide ca şi la cele neînsărcinate, cu excepţia faptului că medicii care tratează femeile gravide ar trebui să se bazeze mai mult pe informaţii clinice şi mai puţin pe intervenţii radiologice [2,9].

Examenul pacientei gravide cu un abdomen acut sau o problemă acută chirurgicală ar trebui să includă o anamneză completă și examen fizic, cu o atenție deosebită acordată aspectelor evoluției sarcinii, data estimată de naștere și prezența complicațiilor legate de sarcină [2,6]. Conform multor studii [6,12,13], complicațiile bolii ulceroase peptice sunt mai frecvente în preeclampsie și eclampsie.

Manevrele inițiale trebuie să includă administrare de oxigen suplimentar, introducerea unui tub nasogastric și efectuarea analizelor de laborator de rutină, cum ar fi o hemogramă completă, evaluarea nivelurilor serice de electroliți și sumarul urinii [2]. În cazul în care termenul sarcinii este mai mare de 24 de săptămâni trebuie să fie conectat un monitor fetal [3]. În privința investigațiilor radiologice opiniile diferitor autori diferă: unii descriu că metoda radiologică este destul de acceptabilă pentru diagnosticarea pneumoperitoneului [9], alții cred că metodele radiologice ar trebui să fie menținute la un nivel minim [2]. Însă în perioada lăuziei eficacitatea acestei metode nu poate fi recunoscută, ce este legat cu faptul că, conform datelor Grainger și Allison [10], aproximativ 60% din pacienți post-laparotomici vor avea pneumoperitoneu și această imagine radiologică va dura 1 – 24 de zile, după ce aerul liber se absoarbe. Deși ecografia abdominală și pelviană poate fi deosebit de utilă nu numai în evaluarea patologiei materne dar de asemenea și în evaluarea fătului. Engemise et al. [9] recomandă efectuarea tomografiei computerizate, care este mai des folosită pentru a detecta diagnosticul la pacienții cu tabloul clinic de abdomen acut. Această investigație este destul de accesibilă, în mod semnificativ facilitează munca unui chirurg în gestionarea situațiilor de urgență.

Managementul

Alegerea tacticii de tratament la gravide diferă de alți pacienți în mai multe direcții. În primul rând, sarcina induce o varietate de modificări mecanice, hormonale și chimice care pot crea confuzie și induce în eroare chiar și cel mai experimentat chirurg [3,9,18]. În al doilea rând, tendința naturală a unui chirurg, atunci când se confruntă cu o pacientă gravidă cu dureri acute abdominale, este de a tergiversa decizia. Această tendință, care în general, rezultă din concepția greșită că intervenția chirurgicală ar putea traumatiza fătul, este responsabilă pentru întâzieri în diagnostic și în cele din urmă pentru rezultatele nefavorabile de multe ori asociate cu patologia abdominală acută la pacientele gravide [3]. În al treilea rând, bolnavele gravide necesită o abordare multidisciplinară a asistenței medicale care implică chirurgul, obstetricianul, radiologul, anestezistul și alții. În cele din urmă și, cel mai important este că un chirurg care

tratează o femeie însărcinată are de fapt, grijă pentru doi pacienți și poartă responsabilitate dublă [3].

Ulcerul gastroduodenal perforat trebuie să fie tratat imediat [9]. În alegerea tacticii se va lua în considerație termenul sarcinii. Riscul de avort spontan după intervenția chirurgicală suportată este cel mai mare în timpul primului trimestru.

Ulcerul gastroduodenal perforat reprezintă o amenințare extrem de gravă pentru mamă și făt [2,9]. Nu este nici un loc pentru terapie expectativă, non-operativă: intervenția operativă promptă este crucială [3]. Rezultatele tratamentului conservator, conform datelor literaturii, sunt nefavorabile, din 28 de paciente descrise a fost aplicat tratament conservativ la 16 gravide (fiind rezultatul diagnosticului incorect sau întârziat, ori din frica de a dăuna fătului). Mortalitatea maternă a constituit 100%, din 16 copii au decedat 11 [17].

Tratamentul chirurgical reprezintă o singură soluție de a salva viața femeii [3]. Din lotul gravidelor supuse intervenției chirurgicale, toate femeile au supraviețuit. Letalitatea neonatală a constituit 25% (n=3), din ei într-un caz a fost născuți gemeni (un copil a decedat, altul a supraviețuit) [17]. Alegerea tacticii chirurgicale depinde de experiența chirurgului, starea pacientei. Din 12 paciente, la una a fost efectuată rezecția gastrică parțială [16]. Majoritatea autorilor consideră că la o pacientă gravidă tratamentul chirurgical trebuie să fie îndreptat la lichidarea orificiului perforativ prin suturare și omentopexie și, nici o încercare nu ar trebui să fie făcută pentru a efectua o operație definitivă pentru MU [2,3,9].

În cazul în care gravida este aproape de termenul nașterii, copilul ar trebui să fie născut pe cale fiziologică vaginală mai degrabă decât prin cezariană din cauza riscului înalt de contaminare a uterului [3].

Concluzii

Ulcerul gastroduodenal perforat (UP) reprezintă o afecțiune extrem de rară în perioada sarcinii și lăuziei și o amenințare extrem de gravă pentru mamă și făt. Bolnavele gravide cu abdomen acut necesită o abordare multidisciplinară a asistenței medicale care implică chirurgul, obstetricianul, radiologul, anestezistul etc.

În ulcer perforat în perioada sarcinii nu este nici un loc pentru terapie expectativă, nonoperativă: intervenția operativă promptă este crucială, iar tactica aleasă îndreptată la lichidarea orificiului perforativ prin suturare și omentopexie și nici o intervenție definitivă.

Bibliografie

1. Gali B.M., Ibrahim A.G., Chama C.M., Mshelia H.B., Abubakar A., Takai I.U., Bwala S., *Perforated peptic*

ulcer (PPU) in pregnancy during Ramadan fasting. Niger J Med. 2011;20(2):292-3.

2. Essilfie P., Hussain M., Bolaji I., *Perforated duodenal ulcer in pregnancy—a rare cause of acute abdominal pain in pregnancy: a case report and literature review*. Case Reports in Obstetrics and Gynecology, 2011; Article ID 263016, 1-3.

3. Cappell M. S., *Gastric and duodenal ulcers during pregnancy*, Gastroenterology Clinics of North America, 2003;32(1):263–308.

4. Horwich M., *Perforated duodenal ulcer during pregnancy*, British Medical Journal, 1958;2(5089):145.

5. Barnes L.W., *Serum histaminase during pregnancy*, Obstetrics and Gynecology, 1957; 9(6): 730–732.

6. Malfertheiner S. F., Malfertheiner M. F., Costa S. D., *Genuine gastrointestinal diseases underdiagnosed in patients with assumed nausea and emesis in pregnancy*, TMJ 2009;59(2): 161-8.

7. Sheehan P. *Hyperemesis gravidarum—assessment and management*. Aust Fam Physician 2007;36(9):698-701.

8. Gadsby R., Barnie-Adshead A.M., Jagger C. *A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy*. Br J Gen Pract 1993;43(371):245-8.

9. Engemise S., Oshowo A., Kyei-Mensah A., *Perforated duodenal ulcer in the puerperium*. Arch Gynecol Obstet. 2009;279(3):407-10.

10. Grainger A.R., Allison D.J., *Diagnostic radiology—a textbook of medical imaging*, 4th edn., Churchill Livingstone, Edinburgh, 2001: 993–994.

11. Murray A., Holdcroft A., *Incidence and intensity of postpartum lower abdominal pain*. BMJ, 1989;298:1619.

12. Goh J.T., Sidhu M.S., *Perforated duodenal ulcer—an unusual and often forgotten cause of an acute abdomen in pregnancy*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1995 Nov;35(4):433-4.

13. Aston N.O., Kalaichandran S. Cam JVL *Duodenal ulcer haemohage in the puerperium*. Canad J Surg, 1991; 34: 482-3.

14. Sandweiss D.J., Podolsky H.M., Soltzstein H.C., Farbman A.A., *Deaths from perforation and hemorrhage of gasroduodenal ulcer during pregnancy and puerperium*. Am J Obstet Gynecol 1943; 45: 131-136.

15. James D.W. *Peptic ulcer during pregnancy with a report of a case of perforation*. Br Med J. 1948;10;2(4566):74–74.

16. Burktt R., *Perforated peptic ulcer in late pregnancy*. Br Med J. 1961 Oct 7;2(5257):938-9.

17. Baird R.M., *Peptic ulceration in pregnancy: report of a case with perforation*. Can Med Assoc, 1966; 94:861–862.

18. Winbery S.L., Blaho K.E., *Dyspepsia in pregnancy*. Obstet Gynecol Clin North Am. 2001;28(2):333-50.

Rezumat

Ulcerul perforat reprezintă o afecțiune extrem de rară în sarcină și o amenințare extrem de gravă pentru mamă și făt. În aceste condiții nu este nici un loc pentru terapie expectativă, nonoperativă: intervenția operativă promptă

este crucială, iar tactica aleasă îndreptată la lichidarea orificiului perforativ prin suturare și omentopexie și nici o intervenție definitivă. În cazul în care femeia este aproape de termenul nașterii, copilul ar trebui să fie născut pe cale fiziologică vaginală, mai degrabă decât prin cezariană din cauza riscului înalt de contaminare a uterului.

Summary

Perforated ulcer is extremely rare in pregnancy. When it occurs, it poses an extremely serious threat to both mother and fetus. There is no place for expectant, nonoperative therapy: prompt operative intervention is crucial. Surgical therapy should be directed at plication of the perforation, and no attempt should be made to perform a definitive ulcer operation. If the woman is close to term, the child should be delivered vaginally rather than by cesarean section because of the prohibitive risk of uterine contamination.

Резюме

Перфоративная язва встречается крайне редко во время беременности и создает очень серьезную угрозу для матери и плода. В подобной ситуации консервативное лечение невозможно, решающее значение имеет оперативное вмешательство. Хирургическое лечение должно быть направлено на ушивание перфорации, не рекомендуется предпринимать попыток выполнить радикальную операцию по поводу язвы. Если женщина близка к сроку родов, ребенок должен быть рожден через физиологические родовые пути, а не путем кесарева сечения из-за высокого риска инфицирования матки.

INCIDENȚA HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE CONDITIONATE DE LEZIUNEA DIEULAFOY ÎN PERIOADA ANILOR 2007-2011 ÎN CADRUL CENTRULUI NAȚIONAL ȘTIINȚIFICO-PRACTIC DE MEDICINĂ URGENTĂ

Tatiana Malacinschi-Codreanu,
Gheorghe Bunic – medici, secția Endoscopie,
CNȘPMU

Introducere

Leziunea Dieulafoy (sindrom Dieulafoy, exulceration simplex) este una din cauzele importante ale hemoragiilor digestive profuze în care sursa hemoragiei este reprezentată de arteriole submucosale de calibru 1–5 mm (care depășesc de 10 ori diametrul caracteristic al capilarelor din stratul submucos al tractului digestiv), caracterizându-se clinic prin hematemeză și/sau melenă, hematochezie (în cazul sângerărilor profuze), uneori stare de șoc. Sindromul